

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Année scolaire 1921-1922. — N° 103

QUELQUES FAITS NOUVEAUX
D'AVORTEMENT PROVOQUÉ
au cours de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
compliquée de Grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Avril 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GUILLAMET

né à LUNEL (Hérault) le 13 Août 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

QUELQUES FAITS
NOUVEAUX
D'AVORTEMENT PROVOQUÉ
AU COURS DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
compliquée de Grossesse

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 103

QUELQUES FAITS NOUVEAUX
D'AVORTEMENT PROVOQUÉ
au cours de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
compliquée de Grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Avril 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GUILLAMET

né à LUNEL (Hérault) le 13 Août 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Assesseur	ROQUE.
Doyen	MM. J. LEPINE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

	PROFESSEURS	MM. TESSIER
Cliniques médicales		ROQUE
Cliniques chirurgicales		BARD
		TIXIER
		BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements		COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants		WELL
Clinique des maladies des femmes		POLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires		ROCHET
Clinique chirurgicale des maladies des enfants		N.-JOSSE
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		CLUZET
Chimie biologique		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.		MOREL
Matière médicale et Botanique		MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		GILIAT
Anatomie		LATARJET
Anatomie générale et Histologie		POLICARD
Physiologie.		DOYON
Pathologie interne		COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales		MOURIQUAND
Anatomie pathologique		PAVIOT
Médecine opératoire		VILLARD
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING (F.)
Médecine légale		Etienne MARTIN
Hygiène.		COURMONT (P.)
Thérapeutique.		PIC
Pharmacologie		FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. COMMANDEUR, *Président* ; M. TRILLAT, *Assesseur* ;

MM. BONNET et ROUBIER, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance et
d'affection infinie.

A MA SŒUR ET LES SIENS

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE

DE MON ONCLE LE DOCTEUR LOUIS BOULET

ET DE MON COUSIN LE SOUS-LIEUTENANT LOUIS BOULET

Morts pour la France (Guerre 1914-1918)

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON

Accoucheur des Hôpitaux

Il nous inspira le sujet de cette thèse, nous
procura les observations qui en constituent
le fond et nous aida de ses conseils. Nous
sommes heureux de le remercier et de lui
témoigner notre très grande reconnais-
sance et notre respectueuse admiration.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

QUELQUES FAITS NOUVEAUX D'AVORTEMENT PROVOQUÉ AU COURS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMPLIQUÉE DE GROSSESSE

INTRODUCTION

La question de l'avortement thérapeutique chez les femmes enceintes atteintes de tuberculose pulmonaire est particulièrement à l'ordre du jour, puisque le 9 janvier 1922, elle était encore discutée à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, à propos des rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gestation et le sera dans un prochain congrès à Genève.

Le nombre d'avis différents qu'elle soulève, voire même d'Ecoles dont elle a provoqué la création en France comme à l'Etranger, montre bien, comme le disait dernièrement M. Potocki, l'incertitude dans laquelle elle se trouve encore. Cette incertitude provient de sa complexité rare et du fait qu'elle soulève d'innombrables problèmes dont la solution semble être encore en suspens et parmi ceux-ci nous citerons l'influence de la gestation sur la tuberculose, la tuberculose placentaire, la question de l'hérédité tuberculeuse, la théorie de l'Allergie tuberculeuse, les résultats de l'avortement provoqué,

Enfin cette question touche aux différents domaines de la vie légale, sociale, morale, philosophique et même religieuse.

Nous nous garderons d'ériger en principe un mode de traitement qui est encore combattu et désapprouvé par de nombreux maîtres de l'art médical et d'éminents accoucheurs.

Nous ne reprendrons pas non plus la thèse du Dr Colombet inspirée en 1912 par M. le Professeur agrégé Voron et dans laquelle la question est traitée de magistrale façon. Nous nous contenterons plutôt de lui faire suite. D'après les documents les plus récents et les dernières discussions sur ce sujet, nous tâcherons d'exposer la question au point où elle paraît être actuellement, et nous apporterons quelques faits nouveaux qui semblent venir à l'appui du mode de traitement que nous préconisons dans certains cas.

Nous envisagerons d'abord la question des rapports de la tuberculose et de la gestation, puis celle de l'avortement thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Influence de la gestation sur la tuberculose.

D'où peut provenir la divergence de vues entre les auteurs sur les rapports de la grossesse et de la tuberculose pulmonaire ? Pour certains en effet, il y aurait amélioration (Cullen, Barden, Rozières de la Chassagne et plus près de nous Andral Bouchut, Gubler, Wernicke, Sabourin), et pour d'autres aggravation du processus tuberculeux (Mauriceau, Louis, Grisolles, Dubreuilh), cette dernière opinion étant définitivement accréditée par les travaux de Depaul, Tarnier, Charpentier, Budin et les différents auteurs étrangers.

Cette explication peut se trouver dans les idées nouvelles et les théories récentes sur l'infection tuberculeuse. Les données anatomo-pathologiques admises jusqu'ici ne suffisent pas en effet à expliquer l'évolution de la tuberculose pulmonaire de l'adulte européen ; il faut faire intervenir un facteur nouveau : celui de la réinfection chez un sujet ayant subi dans son jeune âge une primo-infection bénigne, à la fois immunisante et sensibilisante. « La réinfection, nous dit M. Rist, « ne produit jamais les mêmes phénomènes que la primo-infection. Elle est plus brutale, plus massive, plus destruc-

« *tive in situ* — et d'autre part elle est plus localisée, moins
« extensive et jusqu'à un certain point plus bénigne. Le mot
« *Allergie* définit très justement les conditions dans lesquelles
« se produit d'ordinaire la réinfection tuberculeuse chez
« l'adulte. »

Actuellement, il ne s'agit donc plus de degrés, mais de formes, dont l'évolution peut être entièrement différente parce qu'elles sont gouvernées par l'état réactionnel spécifique, par l'état d'*Allergie* de l'organisme.

Il est donc permis de concevoir que les différents auteurs n'ont pas envisagé les mêmes sujets ; « les uns ont parlé de tuberculeuses, de phtisiques, les autres de scrofuleuses, de prédisposées : or, nous savons que sous ces derniers termes, se cachent ordinairement les manifestations diverses de l'immunité acquise : et ces différents états ne réagiront pas à la gestation suivant le même type qu'une lésion tuberculeuse plus ou moins active (Léon Bernard). »

Une seconde source d'illusions peut résider dans le fait acquis que l'aggravation de la tuberculose ne se produit pas tant dans le cours de la gestation et surtout à son début que vers la fin et dans les suites de couches.

Enfin le diagnostic de tuberculose a pu être souvent insuffisamment ou mal fondé et les perfectionnements techniques apportés à la découverte des bacilles dans les expectorations, la pratique de la radioscopie et de la radiographie, les différentes épreuves de laboratoire ne sont pas de trop pour étayer un diagnostic quelquefois insuffisamment établi sur le seul examen clinique.

Ceci dit, il n'est pas douteux que la plupart des médecins et des accoucheurs, *s'accordent actuellement à considérer la grossesse comme une complication de la plus haute gravité*

lorsqu'elle survient chez une femme tuberculeuse et même à admettre que la gestation ou l'état puerpéral peut déterminer quelquefois l'éclosion d'une tuberculose restée latente jusque-là.

Les opinions ne diffèrent que sur le moment où se déclenche l'aggravation.

Et d'abord, plus une tuberculose sera avancée au début de la grossesse, plus il y aura chance d'aggravation. Pour M. Bar, dans les formes sèches, il y a 60 à 70 % de cas favorables ; dans les formes humides (bacilles constatés dans les crachats) il y en aurait à peine 15 % ; enfin dans les formes ulcérées, l'aggravation est de règle. Le facteur le plus important semble donc être la forme anatomoclinique de la tuberculose observée.

Le jeune âge, la multiparité, les conditions sociales apparaissent aussi comme des facteurs de gravité.

A quel moment se produit l'aggravation ?

M. Rist, dans un rapport récent (1) cite 27 observations de femmes tuberculeuses et gravides soignées à son service de Laennec depuis mai 1919. Il les classe en cinq groupes :

A. *Tuberculoses antérieures à la grossesse et aggravées par elles* (5 observations qui montrent que l'aggravation de la tuberculose peut se produire au début même de la gestation, au cours de la gestation ou après l'accouchement).

B. *Tuberculose dont le début coïncide avec le début de la gestation* (4 cas, allure rapidement progressive des tuberculoses de cette catégorie).

C. *Tuberculoses se manifestant au cours de la grossesse* (5 observations : toutes ces femmes étaient bien portantes avant la gestation. La tuberculose a débuté au cours de la

(Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris (séance du 14 Mars 1921).

grossesse, à 6 semaines, à 3 mois, à 6 mois. Formes graves, rapidement évolutives).

D. *Tuberculoses débutant immédiatement après l'accouchement* (5 observations).

E. *Tuberculoses débutant dans les mois qui suivent l'accouchement* (8 observations).

A propos de cette dernière catégorie, nous ferons deux remarques que nous jugeons dignes d'intérêt. D'abord, *jusqu'à quelle date peut-on dire qu'il y a relation entre la gestation et la tuberculose ?* Pour M. Sergent, on ne peut jamais fixer une limite ; cependant d'une façon générale, on doit admettre qu'une tuberculose qui survient dans l'année suivant un accouchement peut en dépendre. M. Siredey met en avant l'importance de la lactation comme facteur d'épuisement. Le second fait sur lequel M. Sergent attire notre attention est *l'erreur qui peut être commise sur la nature de cette tuberculose*, lorsqu'elle apparaît brusquement et tout aussitôt après l'accouchement, et *sa facile confusion avec une infection puerpérale*. M. Jeannin, à la séance du 9 janvier 1922 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, signale le cas d'une femme qui, ayant fait un avortement au cours du 4^e mois de sa gestation, a présenté immédiatement après des phénomènes infectieux pour lesquels on a porté successivement le diagnostic de fièvre puerpérale, de cholestite, de colibacillose, alors que, en fait, il s'agissait de granulie.

Ainsi, qu'elles le révèlent ou qu'elles l'aggravent, la grossesse, l'accouchement, la puerpéralité et l'allaitement ont très souvent sur le processus tuberculeux, une influence néfaste. *De nombreuses causes ont été invoquées : nous en esquisserons la description pour insister plus particulièrement sur*

celles que les expériences modernes ont essayé de mettre en lumière et qui sont d'un puissant intérêt.

En premier lieu, les variations d'évolution de la tuberculose suivant les femmes sont fonction de la variation de virulence du bacille et du coefficient de résistance de la femme. Là, comme ailleurs, la question de la graine et du terrain prime tout.

Il y a un groupe de causes invoquées depuis longue date que nous désignerons sous le nom *d'adjuvantes* et parmi celles-ci la force de surcroît imposé à l'organisme maternel pour assurer la nutrition du fœtus : certains auteurs ont noté une diminution des globules rouges, du pouvoir respiratoire, des parties composantes du sang de la mère, Nofbauer met une diminution de résistance sur le compte d'un ferment lipolytique du sang pendant la grossesse, d'autres trouvent une *augmentation de cholestérine* qui est favorable à la production et au développement du bacille tuberculeux. D'autres enfin ont invoqué la *glycémie* constatée à la fin de la grossesse (mais souvent l'aggravation précède de beaucoup son apparition), la *décalcification gravidique* : certains faits paraissent favorables à cette dernière thèse. D'après Michel, élève de Bar, les besoins du fœtus en chaud auraient une courbe sensiblement parallèle à la courbe d'aggravation de la tuberculose.

Enfin la *tuberculose placentaire*, dont l'existence basée surtout sur la démonstration anatomo-pathologique paraît indéniable (Schmorl, Lebmann, Carl, Chirié), pourrait avoir sur l'organisme maternel une désastreuse influence, du fait du « brassage » des tubercules par les contractions utérines, provoquant des décharges bacillaires susceptibles de conduire à la septicémie. (Bar)

A toutes ces causes adjuvantes, s'ajoute tout un groupe

d'explications à la faveur des données modernes : d'après M. Léon Bernard, les femmes qui sont destinées à voir la tuberculose provoquée ou affirmée par la gravidité courent ce risque dès leur première grossesse ; il le démontre par une statistique et ajoute que rien ne met mieux en lumière la valeur en quelque sorte spécifique de ce risque. Il ne saurait en effet, dit M. Rist, y avoir de doute sur l'existence de relation de cause à effet entre la gravidité et le déclenchement de la tuberculose. Les recherches déjà anciennes de Stern, Bar et Devraigne sur les femmes arrivées au neuvième mois de la gestation et sur les accouchées, celles plus récentes de Nobécourt et Paraf du sixième au neuvième mois et après l'accouchement ont montré que l'état gravis et l'état puerpéral déterminent assez souvent (15 % des cas de Nobécourt et Paraf) une suppression ou une diminution notable de la cutiréactivité à la tuberculose. L'*Allergie* tuberculeuse est transformée temporairement en *anergie* : il y a suspension de la résistance, fléchissement de l'immunité spécifique acquise à l'égard de la tuberculose ; il y a alors « réveil » de la tuberculose qui sommeillait, depuis l'enfance, époque à laquelle se fait l'inoculation primitive. Faut-il donc aux autres facteurs d'anergie tuberculeuse déjà connus, en particulier, la rougeole (V. Pirquet) et la grippe (Debré), ajouter la gravidité et l'état puerpéral ? « Mais, pour M. L. Bernard, cette anergie, due à la gestation ou à l'accouchement et loin d'être constante : cette constatation seule nous engage à ne pas généraliser d'une manière basolue l'action perniciose de la gravidité ou de la puerpéralité sur la tuberculose. Il ne faut pas regarder comme fatale cette action mais elle est surtout à redouter en présence de tuberculoses caséuses évolutives et

en résumé la gravidité, l'accouchement, l'allaitement constituent des moments de la vie féminine qui modifient profondément son organisme et particulièrement, spécifiquement, la résistance des réactions de celui-ci à l'infection bacillaire.»

CHAPITRE II

La question de l'intervention.

Nous ne dirons qu'un mot de la *prophylaxie* de la tuberculose qui n'appartient pas directement à notre sujet. Il est évident que cette prophylaxie est de la plus haute importance ; il s'en faut, nous dit M. Siredey, que l'on doive à jamais interdire aux tuberculeuses le mariage et même la maternité, mais il faut redoubler vis-à-vis d'elles, de soins et de précautions, leur imposer de longues cures d'air, un traitement de récalcification, une longue période de repos, relever leur organisme par une bonne et substantielle alimentation, consolider leur guérison par tous les moyens dont nous disposons. D'ailleurs interdire à la jeune fille le mariage et la gravidité à la femme tuberculeuse, cela ne résout nullement la question. On se passe fort bien de la permission du médecin pour se marier et mieux encore du mariage pour avoir des enfants.

Ceci dit, s'il est vrai, ainsi que tendait à le démontrer et l'expliquer notre précédent chapitre, que la grossesse, l'accouchement, les suites de couche constituent des périodes néfastes et parfois fatales pour la femme atteinte de tuberculose pulmonaire, et sont même capables de réveiller une tuberculose

latente, malheureusement aucun signe ne permet d'établir un pronostic rationnel de l'évolution de cette tuberculose. Il est à peu près impossible, dit M. Rist, de prévoir si l'évolution d'une tuberculose chez une gestante sera ou non mortelle, impossible, dit M. Léon Bernard, d'affirmer devant une poussée évolutive aiguë de tuberculose (à la condition qu'il s'agisse bien d'une poussée et non d'une forme aiguë, granulique ou pneumonique) qu'elle aura nécessairement une issue fatale. Puisque, d'autre part, d'après ces auteurs, il n'est pas certain qu'il y ait avantage à interrompre la gestation et qu'un avortement provoqué leur paraît tout aussi vulnérant, tout aussi aggravant que l'accouchement spontané, ils préférèrent s'en tenir au conseil de M. Pinard : « Soigner la tuberculose et surveiller la grossesse ». Telle est en effet la *méthode abstentionniste* préconisée par la plupart des auteurs français, méthode qui, disons-le tout de suite, nous paraît *logique et rationnelle* dans la majorité des cas : elle considère la malade comme condamnée à une mort prochaine quand ses lésions pulmonaires s'aggravent sous l'influence de la grossesse : intervenir alors par un avortement provoqué, ne peut constituer qu'une thérapeutique inutile, sinon nuisible à l'égard de la mère et à l'immense désavantage de supprimer l'enfant.

Mais cette *méthode abstentionniste* doit-elle être unique et ne doit-elle pas céder le pas, en certaines circonstances, rares à la vérité, à une action plus énergique ?

A la séance du 23 mai 1921 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, M. Boufe de St-Blaise, posait nettement la question. Voici le passage :

« Si la plupart des avis sont contraires à la suppression de la grossesse, il me semble cependant qu'on doive accepter des exceptions que le médecin sera apte à décider avec son

expérience propre et sa conscience. Il est extrêmement difficile d'établir des règles absolues et de dire : dans tel cas nous interviendrons, dans tel autre cas, nous n'avons pas le droit de le faire. Je suis intervenu quelquefois et suis décidé à faire de même le cas échéant. En 1902, j'accouchais une femme de 20 ans qui paraissait superbe sans tare ni antécédents suspects. Tout se passe admirablement. En 1904, mêmes événements. En 1907, nouvelle grossesse plus délicate, un peu de pâleur, quelques accès de fièvre légère, sans qu'aucune localisation puisse être décelée. Enfin le quatorzième jour après l'accouchement, la température s'élève, avec une toux légère et une pleurésie séreuse gauche évolua. Tout parut rentrer dans l'ordre avec quelques frottements à la base eu au sommet gauche persistants. La malade reprit sa vie ayant légèrement maigri. De temps en temps un peu de fièvre le soir, mais pas de localisation pulmonaire.

«En 1911, quatrième grossesse, assez fatigante, vomissements, pâleur, troubles hépatiques légers ; au quatrième mois grippe (?) avec fièvre peu élevée (38°5 ou 38°8 le soir), bronchite légère à gauche : guérison lente, amaigrissement avec expectoration légère, mais reconnue bacillifère. L'accouchement fut normal. Le dixième jour, retour de pleurésie du même côté : épanchement léger, température journalière. Le sommet se congestionne légèrement, amaigrissement peu important. Le tout dura 3 mois. La malade pendant un an suivit les traitements ordinaires et enfin guérit. Elle paraît indemne avec les quelques séquelles habituelles.

Devant ces faits, la façon dont ils sont apparus et se sont développés, la difficulté avec laquelle ces accidents ont été enrayés et leur gravité progressive, je n'hésiterai pas, s'il survient une autre grossesse à la supprimer dès le début.

Il faut que la possibilité d'intervenir dans certains cas, soit proclamée ici, afin que cette opinion ne puisse être invoquée un jour contre un médecin qui aura agi honnêtement et suivant sa conscience. »

Nous ne dirons qu'un mot des pays de *langue allemande et suisse* où la thérapeutique interventionniste est nettement accentuée et va même jusqu'à la stérilisation de la femme (Bardeleben, Künstner et Hermann, Hamburger, Fraenkel, Schauta). Nous exposerons seulement les idées les plus récemment émises sur la question par quelques auteurs français. Pour M. Bar (conférence faite à Madrid en 1921), la question d'interruption ne se pose ni pour un cas de tuberculose non influencée par la gestation, ni pour un cas de tuberculose trop avancée (lésions essaimées, lésions laryngées, granulie). Elle ne se pose que si la grossesse est peu avancée (4 mois au plus). En somme tout se ramène à une question de pronostic (les lésions sont-elles curables ? sont-elles influencées par la grossesse ?). Quelle est pour lui la valeur de la réaction à la tuberculine ? Il distingue deux cas :

a) Lésions pulmonaires s'accroissant et réaction à la tuberculine forte = tendance à l'abstention.

b) Lésions peu graves, mais réaction nulle ou faible = intervention.

Il a pratiqué 9 avortements dans la pratique privée en 15 ans : les résultats ont été bons sauf dans un cas où il y a eu exitus après 3 ans.

Pour M. Brindeau (Séance du 23 mai 1921 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris), les accoucheurs sont aux prises entre deux dangers : celui de provoquer l'interruption de la grossesse chez des femmes qui auraient

pu la mener à terme sans grande complication et celui de voir succomber une tuberculeuse dans les suites de couches

«Lorsqu'un accoucheur instruit et consciencieux est persuadé que la malade verra la tuberculose s'aggraver dès le début de la grossesse, il n'hésitera pas à en interrompre le cours pas plus qu'il n'hésite dans les vomissements incoercibles ou chez les femmes atteintes de cardiopathies ou de néphrites graves ».

M. Brindeau essaye de poser les indications de l'intervention chez les tuberculeuses :

1° Il existe un certain nombre de cas bien nets dans lesquels il faut respecter l'évolution de la grossesse. Ce sont les cas de tuberculose guérie, de tuberculose suspecte, ou de tuberculose ayant atteint la deuxième moitié de la grossesse sans grande aggravation.

2) Dans quelques cas rares, *l'interruption de la grossesse est nettement indiquée* :

a) chez des femmes tuberculeuses dont la maladie coïncide avec une autre affection qui poserait également l'indication de l'avortement thérapeutique (vomissements graves, rétrécissement mitral mal compensé, mal de Bright, etc.).

b) chez les femmes dont la grossesse est très nettement aggravée dès le début de la gestation, aggravation portant principalement sur la fièvre, l'amaigrissement, l'évolution rapide des lésions pulmonaires, constatée cliniquement et radioscopiquement ;

c) chez les femmes ayant subi un coup de fouet du fait d'un accouchement antérieur et redevenant enceintes presque aussitôt.

Entre ces deux variétés de cas extrêmes, il existe la masse des autres malades chez lesquelles il est bien difficile de se

faire une opinion. Cependant quand l'aggravation manifeste de l'état local et général fait envisager la possibilité de l'interruption de la grossesse, on se rappellera que l'intradermo-réaction à la tuberculine pourra faire pencher la balance dans un sens ou dans l'autre ». M. Brindeau ajoute :

« Nous avons provoqué l'avortement chez 3 malades et avons été frappés des progrès d'amélioration notable de l'état général : toutes les malades ont quitté l'hôpital franchement améliorées. En résumé, je considère que dans des cas très rares de tuberculose pulmonaire, l'interruption de la grossesse est indiquée. Avant de prendre une détermination, il faudra s'aider de l'avis d'un spécialiste qui, après examen clinique et radiologique aura conclu à une aggravation rapide et nette de la tuberculose du fait de la gestation. »

Pour M. Sergent (séance du 9 janvier 1922 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris) il faut considérer deux cas : tantôt la tuberculose est en évolution, tantôt au contraire elle ne se développe pas, elle est « figée ». Si l'on voit « bouger » une lésion jusque là endormie, sans hésitation il faut intervenir par un pneumothorax, mais quelquefois ce n'est pas suffisant, et il faut *se résoudre à interrompre la gestation* ; toutefois, il est encore difficile à l'heure actuelle de donner la limite exacte où cette intervention devient nécessaire.

M. Kuss (dans la même séance), rapporte une observation où l'aggravation de la tuberculose a constitué en quelque sorte le premier signe de la gestation : celle-ci a été interrompue et immédiatement les *lésions ont rétrocedé*.

Dans trois cas, l'avortement thérapeutique a donné à M. Jannin de bons résultats et il a vu chez ces femmes les lésions pulmonaires rétrocéder.

Enfin M. Metzger rapporte lui aussi le cas d'une malade vue avec M. Kuss, chez qui les signes de tuberculose étaient très nets à la radioscopie. Un avortement, pratiqué au cours du deuxième mois, a arrêté l'évolution de cette tuberculose et, à l'heure actuelle, l'état général de cette femme s'est amélioré.

Ainsi d'éminents accoucheurs, tout en faisant remarquer l'extrême rareté des indications de l'avortement thérapeutique chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire, l'ont admis et même pratiqué dans certains cas, sans que, semble-t-il, ils aient eu à se repentir trop de l'application de cette méthode.

Nous allons essayer d'examiner et de discuter les conditions et les indications de cette intervention, envisager les différentes objections qui ont été opposées, donner enfin quelques faits cliniques qui semblent en sa faveur.

§ I. INDICATIONS ET CONDITIONS.

Sil est vrai qu'il est impossible de faire le pronostic de la lésion tuberculeuse dans chaque cas particulier, il n'en est pas moins vrai que dans certains cas la grossesse apparaît comme le facteur certain d'aggravation du processus tuberculeux et alors n'est-il pas permis de penser que la suppression de cette grossesse tout à son début pourrait enrayer dans une certaine mesure ce processus ?

Quels sont ces cas ?

Il est évident que pour une femme guérie de tuberculose pulmonaire ou ayant une tuberculose avancée la question de l'interruption ne se pose pas.

Elle ne peut se poser en premier lieu qu'à une époque où celle-ci n'a pas encore fait sentir son influence nocive, autre-

ment dit, dans le premier tiers de l'évolution de la grossesse, du *premier au troisième mois*.

En second lieu, elle ne se pose *que dans les cas de tuberculose discrète, susceptible de guérison, mais nette, certaine et évoluant manifestement sous l'influence de la gestation*.

Il est possible, certes, même parmi les malades répondant à ces indications, que certaines d'entre elles soient capables de supporter fort bien leur grossesse, mais devant cette troublante incertitude, n'est-il pas permis de penser qu'en interrompant leur grossesse, on leur donne *une chance de salut de plus ?*

En tout cas, un diagnostic *précoce et sûr* de tuberculose s'impose : pareil diagnostic est particulièrement délicat et rien ne doit être négligé pour l'établir. M. Rist, après une expérience acquise dans des milieux très divers, nous met en garde contre une quantité d'affections rattachées à la tuberculose et n'ayant rien à voir avec elle, lorsqu'on se prive volontairement des moyens d'exploration que nous devons aux techniques modernes (radiologie, bactériologie, rhinolaryngoscopie). Une conception trop élastique et trop complaisante du diagnostic peuvent avoir pour l'individu et la Société (surtout en ce cas particulier) les conséquences les plus graves. — Aussi l'accoucheur ne doit prendre de décision qu'après avoir demandé l'avis d'un médecin compétent, de préférence un spécialiste en matière de tuberculose.

L'épreuve de la *tuberculine*, dont il a été parlé plus haut, peut fournir dans la conduite à tenir, des renseignements précieux, une réaction violente même avec des lésions nettes comportant un pronostic bon et inversement.

Essayons de spécifier les cas où cette thérapeutique abor-

tive peut trouver son application. Certains auteurs se basent sur l'état général et le poids (Ascoli et Zagari, Rosthorn) ; d'autres sur la température (Neu, Fraenkel), sur la lésion pulmonaire elle-même (Reiche, Bossi, Hammerschlag), sur les hémoptysies (Pestalozza, Pfannenstiel), sur les complications cardiaques, gastroentériques ou rénales, sur la propagation de la tuberculose au larynx (avis unanime). Bien entendu, nous ne pouvons admettre pareilles indications beaucoup trop générales.

A notre avis, les cas où l'avortement paraît pouvoir trouver son application sont les suivants :

La lésion ne doit pas être simplement soupçonnée, mais nettement affirmée par la clinique tout en restant discrète et susceptible de guérison : elle doit se manifester par des signes physiques nets : (signes d'induration ou de congestion, craquements des sommets), des signes fonctionnels et généraux (hémoptysie, toux, expectoration contenant des bacilles de Koch, amaigrissement, température fébrile, transpirations, asthénie)), des signes radioscopiques (constatation nette de l'existence d'un voile ou d'une obscurité des sommets) ; on doit compléter ces notions par les épreuves de laboratoire et les réactions humorales. On acquerra ainsi la certitude de la présence d'une lésion tuberculeuse au début et évolutive du fait de la grossesse.

—Si cette lésion s'est extériorisée depuis longtemps de tout cortège symptomatique, le médecin doit la considérer comme cicatrisée, l'avortement est alors contre-indiqué.

Si l'on constate l'apparition des râles humides, les chances de guérison et le succès de l'avortement thérapeutique sont déjà compromis. Enfin l'abstention doit être la règle dans les

formes plus graves, dont la guérison est trop incertaine : ce serait sacrifier l'enfant pour un bénéfice maternel par trop aléatoire.

L'intervention étant décidée, *quel procédé opératoire choisir ?*

L'avortement provoqué doit se faire autant que possible en une seule séance ; dans quelques cas la simple dilatation suffit. Il doit être pratiqué dans des conditions d'asepsie absolue et sous anesthésie. A l'infirmerie de la Charité M. le professeur agrégé Voron fait la dilatation du col au moyen de bougies d'Hégar, dans un second temps, il procède à l'évacuation digitale de l'utérus et il termine par un lavage iodo-ioduré et chaud. Les malades supportent généralement fort bien cette intervention. Certains ont prétendu que pareille manœuvre donne un *coup de fouet* à la tuberculose, au même titre que l'accouchement normal. Or, les malades opérées par M. Voron n'ont jamais vu leurs lésions pulmonaires subir cette brusque aggravation, après l'intervention. Les nombreuses statistiques étrangères signalent l'excellence des résultats obtenus par cette thérapeutique. M. le Docteur Crevoisier (thèse 1921 - Université de Bâle) se basant sur des observations personnelles, conclut : « Il est très réjouissant
« de constater que l'avortement thérapeutique est *sans danger*
« *appréciable* quand la technique opératoire et le traitement
« postérieurs sont exécutés par des médecins habiles et un
« personnel consciencieux. L'avortement thérapeutique con-
« sidéré au point de vue purement médical est donc entière-
« ment justifié lorsqu'il est le résultat d'observations sérieuses
« et d'un choix judicieux dans les cas où il faut *intervenir* ».

II. REMARQUES ET CRITIQUES

I. Nous ne reviendrons pas sur la question de l'incertitude du pronostic de la tuberculose dans chaque cas particulier.

Une première objection porte sur le principe même de l'avortement. L'avortement provoqué ne peut être légitime qu'au cas où la grossesse fait courir à la mère un danger certain.

Dans la thèse de M. Colombet (Lyon 1912) nous trouvons la réponse à cette objection : « Si le médecin après avoir
« examiné consciencieusement sa malade et recueilli l'avis
« d'un confrère, est convaincu de l'action néfaste de la
« grossesse sur la lésion tuberculeuse et de l'efficacité possible de son intervention, il peut sans hésiter pratiquer
« l'avortement, ainsi qu'il agirait pour des crises d'éclampsie
« ou des vomissements incoercibles ».

II. — *Au point de vue légal*, l'avortement est formellement condamné sans distinction et il est regrettable qu'il n'existe aucun texte spécial envisageant la question de l'avortement thérapeutique.

En tous cas, les actes du médecin, agissant avec une conscience rigoureuse doivent être à l'abri de tout soupçon. Aussi doit-il s'entourer de précautions extrêmes. Il doit d'abord obtenir de la femme une autorisation écrite. D'après M. Bonnaire, « il faut prendre l'avis d'un ou plusieurs confrères.
« La décision prise doit être rédigée dans des termes explicites et on doit en faire autant d'exemplaires qu'il y a de
« consultants, chaque médecin en gardant un par devers lui.
« Il n'est pas nécessaire d'obtenir au préalable l'autorisation
« d'un magistrat. Le médecin praticien évacue l'utérus suivant la technique qui lui semble la meilleure. Après l'inter-

« ruption seulement, il avise le magistrat de son acte en lui adressant copie de la consultation, ou pour être plus correct, « en la lui remettant en mains propres ».

III. — *Au point de vue social*, il apparaît que l'avortement thérapeutique doit être surtout conseillé aux malades de la classe pauvre qui se trouvent le plus souvent dans l'impossibilité de lutter efficacement contre la maladie (surmenage, alimentation insuffisante, mauvaises conditions hygiéniques). De plus l'intervention n'aura de succès qu'autant qu'elle sera complétée par un traitement médical rigoureux. Mais, de par le fait qu'il a interrompu la grossesse, le médecin s'engage en quelque sorte à surveiller sa malade ; il lui donnera ses soins et son influence sera souvent salutaire. On ne saurait trop, d'autre part, encourager, provoquer, et *multiplier la création de toutes les institutions de guérison et des œuvres de prévoyance et de protection sociale*. C'est à cette condition seule que l'on pourra constater des progrès thérapeutiques.

IV. — Si nous envisageons maintenant le *point de vue moral*, la morale naturelle regarde comme un devoir de conserver et de protéger le fruit de l'union sexuelle : elle défend de le supprimer. L'être innocent qui n'a point demandé qu'on l'appelle à la vie a droit à cette vie. « Ni le père, ni la mère, ni le médecin, dit M. Pinard, n'ont le droit en aucune circonstance de supprimer la vie de l'enfant qui se trouve dans le sein de la mère ». Mais dans certains cas, le *point de vue médical* s'oppose nettement à pareille conception. A ce dernier point de vue, en effet, la priorité pour le traitement appartient à la mère. En obstétrique, il faut avant tout sauvegarder les intérêts de la mère, surtout lorsque *l'avenir de l'enfant est incertain*. Et sans vouloir soulever le problème de

l'hérédité tuberculeuse, il nous est permis de faire les quelques remarques suivantes : l'expérience personnelle de tous les praticiens s'accorde pour dire qu'il est des familles que la tuberculose frappe désespérément, même si elles sont dans des conditions d'hygiène très suffisantes. Certes, la tuberculose congénitale est d'une excessive rareté, mais l'hérédité est constituée par la *prédisposition*. Péter a dit avec raison : « On naît tuberculisable et non tuberculeux ». Comment peut s'expliquer cette prédisposition ? « Ou bien l'organisme des enfants de tuberculeux a une moindre capacité de défense, la tuberculose agissant comme toute cause d'affaiblissement ou bien la tuberculose est favorisante de façon spécifique, les toxines qui pénètrent du sang de la mère à celui du fœtus étant favorisantes, spécialement vis-à-vis du bacille de Koch. Cela est possible, puisque les *toxines microbiennes prédisposantes* existent (J. Courmont) et que la tuberculose paraît appartenir à cette catégorie. » (P. Courmont et Rochaix).

D'autre part, ce petit être souvent débile, privé de l'allaitement maternel, abandonné à la vie courante, ne peut avoir qu'un sombre avenir. Il faudrait qu'il pût être éloigné dès sa naissance du foyer de contagion familial, et entouré de soins constants ; malheureusement la réalisation de ces mesures d'hygiène et de prophylaxie sociale rencontre encore de grandes difficultés.

Aussi l'objection tirée de la valeur de l'enfant, ne paraît avoir pour toutes ces raisons, qu'une importance relative.

Nous n'envisagerons pas le point de vue philosophique et religieux qui nous paraissent être en dehors de la question. Chaque médecin a sa conscience et son honneur professionnels et nous n'avons pas à débattre cette question troublante.

§ III. RESULTATS ET FAITS CLINIQUES.

Encore une fois, nous nous défendons d'émettre une opinion sur le pronostic et la curabilité de la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes ; mais il est certains faits cliniques qui paraissent démontrer que dans certains cas l'interruption de la grossesse, faite dans de bonnes conditions supprime une cause d'aggravation certaine pour la lésion pulmonaire.

Et d'abord de très nombreux cliniciens étrangers nous signalent des cas d'amélioration et de guérison par cette méthode, surtout en Allemagne, en Suisse et en Italie. Nous ne pouvons évidemment rapporter ni même énumérer ces faits par trop nombreux. — La thèse de M. Colombet (Lyon 1912) en contient un certain nombre ainsi que tous les cas lyonnais parus jusqu'en 1912.

Dans un précédent paragraphe, à propos des indications de l'intervention abortive, nous rappelons l'opinion et les résultats les plus récents rapportés par des auteurs français (Brindeau, Bar, Sergent, Kuss, Jannin, Metzger).

Enfin, après avoir essayé d'exposer la doctrine professée par M. le Professeur Voron, nous rapportons les quelques observations suivantes dues à son obligeance.

Leur petit nombre tient d'abord au petit nombre des cas paraissant justiciables d'une intervention précoce ; il tient aussi au fait que le plus grand nombre de tuberculeuses en état de grossesse s'égarent dans les services de médecine générale ou ne viennent à la Maternité qu'au delà de leur troisième mois de gestation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Voron)

H... E..., 30 ans, entrée le 14 juin 1921 à l'Infirmerie de la Charité.

Père mort d'affection indéterminée. Mère morte bacillaire à 35 ans. A une sœur en bonne santé.

Fluxion de poitrine à 10 ans et pleurésie gauche à 20 ans. Pas de maladies infectieuses. Mariée il y a deux ans : a une fille d'un an qui aurait actuellement de la bronchite avec fièvre et amaigrissement.

Réglée à 13 ans. Règles abondantes, régulières, durant 4 jours, non douloureuses. Pas de pertes blanches.

La santé de la malade était moins bonne depuis un an. Amaigrissement de 6 kilos pendant la première grossesse ramenant le poids après l'accouchement à 44 kilos. La toux qui dure depuis 2 ans, avait beaucoup augmenté, mais tous les symptômes s'amendèrent après la naissance du premier enfant.

Enceinte de deux mois, les dernières règles datent du 10 avril ; la malade va voir M. Voron qui l'envoie dans le service

Actuellement la malade est assez dyspnéique, la toux est fréquente, les crachats purulents, nummulaires, striés de sang.

Il n'y a pas de sueurs froides nocturnes, ni de diarrhée. Les fonctions digestives se font normalement, mais l'anorexie s'accroît depuis un mois environ.

Monsieur le Docteur Dufour voit la malade le 20 et dicte : L'examen de la malade montre : à *droite* de la submatité de la fosse sus-épineuse avec exagération des vibrations ; en arrière, des sibilances et des râles muqueux au sommet ; en avant, des râles muqueux et une respiration bronchitique rude avec parfois un ronchus expiratoire dans la région sous-claviculaire ; à la base, respiration normale, bien perçue, pas de râles. En somme, bronchite du sommet droit.

A gauche : Sonorité normale partout ; pas d'augmentation des vibrations qui sont même diminuées dans les deux tiers inférieurs, la malade ayant eu de ce côté une pleurésie à 20 ans.

L'auscultation montre : en arrière, des râles muqueux et sibilants dans les fosses sus et sous-épineuses, une respiration diminuée et quelques ronchus ou sibilances dans les deux tiers inférieurs. En avant, sous la clavicule et à l'extrême sommet, quantité de petits râles fins sous-crépitants, surtout inspiratoires qui éveillent l'idée de lésions cortico-pleurales plutôt que de lésions profondes, d'autant plus que la sonorité n'est pas diminuée. La malade souffre habituellement à cet endroit, ce qui témoigne bien de la participation de la plèvre. Les mêmes râles de cortico-pleurite sont retrouvés en grand nombre jusqu'à la base.

En somme : Bronchite diffuse du poumon gauche plus marquée en arrière au sommet avec cortico-pleurite de la face antérieure. Il est probable, étant donné les signes, qu'il s'agit d'une tuberculose pulmonaire en activité, mais qui paraît avoir été jusqu'à présent peu évolutive et qui, étant donné l'apyrexie actuelle et malgré la présence de bacilles de

Koch dans les crâchats, semble devoir évoluer d'une façon lente, mais progressive.

On ne trouve rien aux autres oganes ; le foie est caché sous les fausses côtes, la rate n'est pas perçue, la miction est normale ; les urines claires.

Très nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

La température varie entre 37° et 38°, sans toutefois atteindre ce dernier chiffre.

A la radioscopie : 15 juin 1921.

1° *Sommets* : Obscurité de la partie supéro-interne du sommet gauche. Le sommet droit s'éclaire assez bien à la toux.

2° *Plages pulmonaires et hiles.*

A) à gauche, dans la région sous claviculaire, ombres circulaires, surtout nettes dans l'examen postérieur, ressemblant à une série de spélonques. Ombre hilaire assez étendue.

B) A droite : Ombre hilaire beaucoup plus étendue encore d'où partent en divergeant une série de travées, traduisant probablement de la sclérose bronchique. Dans la région hilaire droite, un point très opaque paraissant être un ganglion calcifié. En dehors de la région hilaire, autre point très opaque, paraissant répondre à un tubercule calcifié.

3° *Diaphragme et sinus.* — Déformation de la courbe diaphragmatique des deux côtés ; elle prend la forme d'une ligne brisée. Les sinus sont conservés, bien qu'un peu gris. L'amplitude diaphragmatique est assez étendue mais à peu près égale des deux côtés.

4° *Médiastin.* — Obscur dans sa partie moyenne.

Le 20 juin, avortement thérapeutique pratiqué par M. le Professeur Voron : Dilatation du col à la série des bougies d'Hégar puis extraction de l'œuf et du placenta.

Le premier juillet, toucher : à gauche, masse dure, mobile



O



P



A

de la grosseur d'une noix : Salpingite gauche probable sans réaction péritonéale.

Le 16 juillet : annexes gauches toujours perçues sous forme d'une masse du volume d'une noix non douloureuse à la pression. Aucun autre signe utéro-annexiel.

Le 17 juillet : Etat général satisfaisant. *La température est normale depuis huit jours.* A l'auscultation, signes à peu près identiques à ceux constatés avant l'intervention (bouffées de râles humides, après la toux au sommet gauche. Signes de bronchite au sommet droit. Rien aux bases).

La malade sort peu de temps après dans un état satisfaisant.

Poids à la sortie 46 kilos 500.

Le 2 mars 1922 : nous avons pu avoir *par correspondance*, des nouvelles récentes de la malade : « les premiers jours de novembre 1921, nous dit-elle, après avoir passé trois mois à la campagne, elle est allée voir M. le Docteur Voron qui a trouvé qu'elle allait bien mieux en comparaison de tout ce qui avait été noté à la Charité en Juillet. Elle avait repris 3 kilos et se sentait plus forte. — Actuellement, elle se ressent un peu du passage de l'hiver : elle n'a pas gros appétit mais digère tout de même. Pas de crachements de sang, ni de sueurs nocturnes. Le soir, la température est un peu au-dessus de 37°. Elle pèse 51 kilos 500 ; elle a donc repris 5 kilos depuis juillet. »

OBSERVATION II

(*Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Voron*)

E... R..., 22 ans, entrée le 16 janvier 1922 à l'Infirmierie de la Charité.

La malade enceinte de deux mois environ, vient pour infection grippale, ayant débuté le jour même.

A. H. Aucun antécédent pathologique.

A. P. La malade, depuis une bronchite qu'elle eut à l'âge de 5 ans, est sujette aux rhumes, se reproduisant tous les hivers.

Rougeole à 14 ans avec otite.

Réglée à 16 ans. Mariée à 20 ans. Une première grossesse en 1921.

Pendant sa grossesse, la malade fut soignée pour bronchite avec amaigrissement considérable. Un mois avant l'accouchement, la malade entre à l'Infirmierie pour pleurésie.

Depuis ce moment, la malade continue à tousser et à cracher surtout l'hiver ; l'amaigrissement constaté au moment de la grossesse s'est maintenu.

Actuellement, malade enceinte de 2 mois environ ; ses dernières règles datent du 23 novembre 1921.

La malade a remarqué que *depuis le début de sa grossesse*, elle tousse davantage. L'appétit est diminué. Le jour de l'entrée, elle fut prise de céphalées, frissons, fièvre, toux, vomissements. La température est de 38°3. A l'examen : malade amaigrie, pesant 47 kilos, au faciès coloré, toussant abondamment, crachant peu. L'état général, au dire de la malade, est atteint depuis quelque temps déjà ; l'appétit est très diminué ; les digestions sont assez bonnes. Constipation habituelle. L'examen thoracique, outre l'amaigrissement révèle :

1° *En arrière* : Submatité à la partie interne de la fosse sus-épineuse gauche avec sensation de résistance au doigt. Partout ailleurs, conservation de la sonorité normale. Pas d'altération sensible des vibrations qui sont seulement un peu plus fortes à droite. L'auscultation fait entendre des bruits de bronchite généralisée qui gênent beaucoup l'exploration du sommet gauche, reconnu antérieurement suspect au cours d'un examen récent de M. le Docteur Dufour : grosses

sibilances et ronchus perçus dans toute la hauteur du parenchyme, des deux côtés, avec quelques râles humides de gros calibre, sans foyer.

2° *En avant* : mêmes signes de bronchite sans altération du murmure respiratoire, ni signes adventices. Pas d'altération de la sonorité normale.

Appareil digestif : Foie et rate de volume normal. Langue saburrale. Constipation d'intensité moyenne.

Cœur : pointe dans le V° espace, en dedans du mamelon. Bruits normaux. Tension 10/6.

Examen des autres appareils : rien à signaler en dehors de la gravidité ; utérus de volume d'une orange. Col fermé. Rien dans les culs de sac.

Le 30 janvier. — Persistance de la bronchite grippale, qui, bien que très améliorée, frappe par son allure traînante. La malade tousse par quintes, a quelques crachats mulo-purulents. L'état général se maintient difficilement ; amaigrissement de 3 kilos depuis l'entrée, appétit médiocre. La malade est à peu près apyrétique depuis quelques jours. L'examen radiologique a montré une obscurité très nette de l'image du sommet gauche avec intégrité du reste du parenchyme. Pas d'ombres hilaires anormales.

L'avortement provoqué est remis à quelques jours, à la suite de la constatation d'un petit foyer de cortico-pleurite de la base droite, avec obscurité respiratoire et frottements fins.

Le 9 février. — Un examen de crachats négatifs. Examen de Monsieur Dufour du 8 février. La malade qui a présenté à un premier examen, il y a un mois des sibilances nettes de la fosse sus-épineuse gauche et probablement une bronchite grippale disséminée avec foyer plus marqué au sommet gauche, présente aujourd'hui à ce sommet une rudesse persis-

tante, en avant et en arrière, et accuse des douleurs à la base droite, dans la région sous-axillaire antérieure où l'on trouve des frottements de pleurite sèche.

Le 11 février. — A la suite de l'examen médical pratiqué, l'opportunité de l'interruption de la grossesse paraît devoir être maintenue. En conséquence, on pratique le 11 février une séance de dilatation par bougies de Hégar, dans le but de provoquer sans autre intervention l'expulsion de l'œuf. Les jours suivants, quelques coliques, mais pas d'expulsion spontanée. On doit donc faire le 17, une deuxième séance de dilatation suivie du nettoyage de la cavité utérine.

Les jours suivants, suites simples, sans température fébrile.

Le lever de la malade est retardé par l'éruption d'une série de furoncles, au niveau de la région fessière et de l'hypogastre.

Le 10 mars. — Intervention obstétricale parfaitement supportée.

Localement, l'examen thoracique est le suivant. En arrière et à gauche, dans la fosse sus-épineuse où avaient été perçus antérieurement les signes suspects, ni *sibilances*, ni *râles*, mais *un peu de rudesse respiratoire*, avec submatité à la percussion et légère exagération vibratoire. Dans tout le reste du parenchyme, respiration normale. A la base droite, en arrière, il persiste sur un petit espace des froissements pleuraux discrets déjà constatés antérieurement. La malade accuse à ce niveau une douleur intermittente.

L'état général s'est considérablement amélioré. Poids. 45 kilos.

La malade est à la veille de son départ.

La date récente de l'intervention ne nous permet pas d'en décrire les résultats éloignés.

OBSERVATION III

(Prise par le Docteur Colombet et due à l'obligeance de M.

(le professeur agrégé Voron)

Madame M... D... de Turin est adressée le 17 juin 1914 au Docteur Voron par le Docteur Reyès, pour une grossesse de 2 mois et demi, évoluant concuremment avec une tuberculose plus ancienne et afin qu'il soit pris une décision quant à l'opportunité de l'interruption de cette grossesse. Après examen obstétrical qui confirme le diagnostic de grossesse, l'examen médical est pratiqué par M. Colombet qui constate ce qui suit :

Le sujet est une jeune femme de 25 ans dont les antécédents sont les suivants : Cette malade a eu deux fois la rougeole dans l'enfance. A 17 ans, scarlatine sans complication. Elle a soigné deux frères qui tous deux sont morts de tuberculose pulmonaire, l'un à 28 ans, l'autre, il y a 6 mois, à 30 ans.

Elle est mariée depuis deux ans et se portait bien à cette époque.

Il y a 20 mois, première grossesse : *dès le premier mois, amaigrissement notable, perte de l'appétit, perte de forces, quelques transpirations nocturnes.* Toux sèche correspondant avec des douleurs au niveau des régions sus-épineuses. A 4 mois de grossesse, l'état général devenant mauvais, on provoque une consultation à Turin : M. le Professeur Soli, M. le Docteur Bianchi et un autre médecin, après l'avoir examinée au point de vue général et pulmonaire, la font entrer dans une clinique et interrompent la grossesse à 4 mois et demi. Ils ordonnent trois mois et demi de convalescence à la campagne, des piqures de gaïacol, un traitement général. *Dès ce moment la santé redevient florissante, l'appétit et les*

forces augmentent, les règles deviennent régulières.

De nouveau, elle se trouve enceinte en fin mars 1914 ; il a de nombreux vomissements, perd rapidement l'appétit et ses forces, transpire au moindre effort, toussotte le matin (toux sèche sans expectoration), a des céphalées, des douleurs d'estomac. Douleurs sus-épineuses.

Actuellement elle présente un masque chlorotique avec une zone verdâtre autour des lèvres. Elle est amaigrie.

A l'auscultation des poumons, au sommet gauche et en avant, exagération des vibrations, inspiration saccadée, expiration prolongée et soufflante. Aux deux sommets, en arrière, la percussion est douloureuse, surtout au sommet gauche. Il n'y a pas de craquements, mais des frottements pleuraux secs très nets, surtout à gauche.

Au sommet droit et en arrière, l'inspiration est soufflante.

En somme, *signes discrets, mais nets de bacillose au début*, surtout au sommet gauche. Ganglions cervicaux. Rien au cœur. Le pouls est petit, hypotendu, un peu rapide : 80 à 90. Appétit nul, vomissements, constipation. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La température oscille entre 37° et 37°9.

En somme bacillose pulmonaire au début, surtout du sommet gauche, avec *signes généraux nets montrant que depuis cette nouvelle grossesse, la maladie qui avait été enrayée par l'avortement provoqué, fait en mars 1913, évolue à nouveau.*

La malade entre en observation à la Clinique St-François d'Assise, où son poids est noté régulièrement, ainsi qu'il suit :

Le 21 juin 41,300.

Le 22 juin 41,150.

Le 23 juin 41,150.

Le 24 juin 40,830.

Le 25 juin, la malade est vue en consultation par MM.

Voron, Colombet et Reyès. En présence des signes locaux de tuberculose pulmonaire discrète et surtout des signes généraux et d'un amaigrissement rapide, *l'interruption de la grossesse est décidée.*

Le 26 juin, intervention. Après dilatation aux bougies de Hégar, évacuation digitale de la cavité utérine. Œuf de trois mois environ, paraissant normalement constitué.

Suites opératoires simples. La température qui était légèrement sub-fébrile redescend rapidement à la normale, en même temps que l'état général s'améliore rapidement.

Le 9 juillet, à son premier lever, la malade pèse 40 k. 600.

Le 17 juillet, son poids est monté à 42 kilos 460, soit *un kilo de plus que le 21 juin, 5 jours avant l'intervention.*

Le 2 Août 1914, la malade est vue pour une dernière fois ; son état général est très satisfaisant. Elle ne tousse plus et son appétit est normal ; son poids est de 42 kilos 840.

Elle retourne en Italie dès les premiers jours après la mobilisation et il n'a plus été possible d'avoir de ses nouvelles.

Mais il y a lieu de noter l'amélioration rapide qui a suivi l'évacuation de l'utérus.

OBSERVATION IV

(*Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Voron*)

Madame X..., de Lyon, séjournant à Gap, avec son mari mobilisé, vient consulter dans cette ville le Docteur Voron en octobre 1918.

C'est une jeune femme de 28 ans, dans les antécédents personnels ou héréditaires de laquelle, on ne trouve rien de net.

Mariée il y a quatre ans, s'est portée assez bien jusqu'à la première grossesse survenue il y a 18 mois. *Dès le début de cette grossesse, la malade se met à tousser, maigrit, perd ses*

forces, en même temps qu'apparaît une fièvre persistante avec élévation de la température rectale tous les soirs aux environs de 38°5. Un médecin consulté constate des signes nets d'induration au sommet gauche, et en raison de la gravité des signes généraux, décide, après consultation avec deux de ses confrères, l'interruption de la grossesse qui est pratiquée sans incidents à la fin du troisième mois.

Aussitôt après l'avortement, l'état général s'améliore, la fièvre tombe, les signes locaux s'amendent et la malade peut, pendant plus d'un an reprendre son existence habituelle.

Elle a ses dernières époques vers la fin Août 1918. Vers le milieu de septembre, alors qu'elle ne peut se supposer enceinte, elle recommence à tousser, maigrit, perd ses forces et surtout remarque qu'elle a très chaud, lorsque vient le soir. Elle prend sa température, constate qu'elle a 38°2 et à partir de ce moment sa température vespérale ne descendra plus au-dessous de 38°, celle du matin étant de 37° à 37°5. Se rappelant sa première grossesse, elle est *convaincue dès ce moment, qu'elle est enceinte et que c'est à cette circonstance qu'elle doit le retour de son affection pulmonaire*. La non apparition de ses règles vers la fin de septembre confirme cette première impression et lorsque le Docteur Voron voit la malade vers la fin d'octobre, l'existence d'une grossesse de deux mois peut être affirmée avec certitude.

Les signes généraux n'ont cessé de s'aggraver ; l'appétit est très diminué, l'amaigrissement est considérable (plus de 6 kilos depuis deux mois). La malade présente un état nerveux particulièrement intense : elle supplie qu'on interrompe sa grossesse, affirmant que, si on laisse celle-ci évoluer, sa mort est certaine et que du reste elle n'a dû la vie, il y a dix-huit mois qu'à l'interruption de sa première grossesse.

En ce qui concerne l'appréciation des signes locaux, M. le

Professeur Voron demande l'avis du Docteur Fortineau, chef du laboratoire des Hôpitaux de Nantes, qui affirme nettement l'existence d'une lésion du sommet gauche avec signes d'induration et même ramollissement au début (craquements et râles humides en avant et en arrière). *L'évolution* de cette lésion est rendue manifeste à la fois par les signes locaux et les signes généraux (amaigrissement, fièvre).

MM. Voron et Fortineau, ayant en raison de l'aggravation nette des lésions pulmonaires par l'évolution de la gestation, exprimé un avis favorable à l'interruption de celle-ci, l'avortement est pratiqué au début du mois de novembre 1918, par le Docteur Rigaux, chirurgien de l'Hôpital mixte de Gap.

Intervention et suites opératoires simples.

La température redevient normale vers le 3^e jour après l'avortement. Les autres signes généraux et fonctionnels s'améliorent eux aussi quoique plus lentement.

Un mois après, la malade a engraisé de 3 kilos et repris ses forces en même temps que sa confiance dans une guérison prochaine.

Deux mois après (Janvier 1919), elle continue à bien aller ; elle tousse encore, mais la température, prise régulièrement, n'a pas cessé d'être normale. Localement les signes d'induration persistent, mais notablement atténués. Il n'y a plus que quelques craquements après la toux.

A partir de ce moment, la malade est perdue de vue et son adresse n'a pu être retrouvée. Mais si courte qu'ait été la période pendant laquelle elle a été observée, on *ne peut pas ne pas être impressionné par l'histoire de ces deux grossesses successives qui ont dès leur début remis en évolution fébrile et d'ailleurs grave une tuberculose pulmonaire jusque là latente ou du moins bien supportée, une amélioration évidente et rapide ayant suivi chaque fois l'avortement thérapeutique*

dans des conditions qui pouvaient faire douter de son efficacité.

Enfin, nous signalons le cas d'une jeune femme de Lyon (employée des postes), qui présentait des lésions de tuberculose évolutive et sur laquelle M. le Docteur Gonnet, accoucheur des Hôpitaux de Lyon, pratiqua un avortement thérapeutique dans les premiers mois d'une grossesse. Les lésions se cicatrisèrent par la suite, si bien qu'une nouvelle grossesse put être menée jusqu'à terme sans complications.

Malgré nos recherches, l'observation n'a pu malheureusement retrouvée, qui aurait apporté d'intéressantes précisions à ce nouveau cas.

CONCLUSIONS

I. — La question de l'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses pulmonaires a été et reste encore l'objet de nombreuses discussions entre partisans et adversaires de la méthode qui apportent les uns et les autres à l'appui de leur thèse des arguments de grande valeur.

II. — La grossesse, l'accouchement, les suites de couches, l'allaitement sont considérés unanimement comme aggravant d'une façon plus ou moins immédiate une tuberculose pulmonaire en évolution.

III. — Les interventionnistes préconisent l'intervention dans les conditions suivantes : la grossesse ne doit pas avoir dépassé trois mois, la lésion tuberculeuse doit être nette et en évolution, susceptible de guérison et influencée par la grossesse.

IV. — Nous venons au débat encore ouvert un certain nombre de faits cliniques qui semblent venir à l'appui de la

thèse interventionniste et démontrer que, dans certains cas, l'interruption de la grossesse, faite dans de bonnes conditions, supprime une cause d'aggravation certaine pour la lésion pulmonaire. Mais encore faut-il que le traitement obstétrical soit complété par le traitement médical.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 18 Mars 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Jusqu'en 1912 consulter la thèse du Dr Colombet (Lyon 1912) dans la quelle on trouvera une bibliographie très complète jusqu'à cette date.

BAR. — Tuberculose et grossesse (XII^e Congrès de la tuberculose 1912, p. 101).

BAR-DAUNAY. — Faits pour servir à l'étude de la tuberculose pendant la grossesse (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Paris, 1911, 2^e s.).

BAR. — Conférence faite à Madrid, 1921.

BENCKE. — Beitrag. z. Klinik. der Tuber., 1908.

BERNARD L. — Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Séance du 23 mai 1921*).

BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Bull. de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du 23 mai 1921*).

BRINDEAU. — Conduite à tenir dans les cas de tuberculose compliquant la grossesse (*J. de méd. de Paris*, 1912, 2^e s., XXIV, 511-513).

— Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Bull. de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du 23 mai 1921*).

CREVOISIER. — Contribution à l'étude de l'avortement (*Th. 1921, Université de Bâle*).

DANTIER. — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tuberculose (*Th. Paris*, 1920).

JANNIN, KUSS. — Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gestation (*Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 9 janvier 1922. — *Presse Médicale*, 7 février 1922).

MARIGLIANO. — Sulla opportunità di interrompere la gravidanza nelle donne malate di tubercolosi (*Liguria med. Ge-nova*, 1914, VIII 109-113).

NOBECOURT ET PARAF. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale (*Presse médicale*, 1920, p. 14, 18 février).

PARRY. — Pregnancȳ and the tuberculous woman (*Ann. S. obst. N. Y.*, 1914, LXX, 94-95).

PETIT. — Tuberculose et grossesse (*Rev. intern. de la tuberculose, Par.* 1912, XXI, 92-98).

RIST. . . Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Soc. d'obst. et de Gynéc. de Paris. Séance du 14 mars 1921*).

SERGEANT, SIREDEY. . . Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gestation (*Soc. d'obstétrique et de Gynécologie*, 9 Janvier 1922. — *Presse médicale*, 1^{er} février 1922).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Chapitre I. — Influence de la gestation sur la tuberculose	9
Chapitre II. — La question de l'intervention . .	16
Observations	30
Conclusions	44
Bibliographie.	46
